UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 99

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE

EXTRA = MEMBRANEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

PAR

Mlle Gabrielle TOURRIER

Licenciée ès-sciences

Née à Orléans (Loiret), le 8 octobre 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : VALLOIS, Professeur, *Président*. VIRES, Professeur. DELMAS, Agrégé. MASSABUAU, Agrégé. *Assesseurs*.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 99

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE

EXTRA = MEMBRANEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

ACAD. LUCD. NAT. BIBL.

PAR

Mlle Gabrielle TOURRIER

Licenciée ès sciences

Née à Orléans (Loiret), le 8 octobre 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { VALLOIS, Professeur, *Président.* / VIRES, Professeur. / DELMAS, Agrégé / MASSABUAU, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LEGERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. VALLOIS, *Président.*	MM. DELMAS, *Agrégé.*
VIRES, *Professeur.*	MASSABUAU, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE
MADAME CAISSO-ALLINIEU

Hommage de profonde et affectueuse gratitude.

A MON FIANCÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND GAMEL

A MA SŒUR CHÉRIE ET A MON FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

GABRIELLE TOURRIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

DELMAS ET MASSABUAU

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

GABRIELLE TOURRIER.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER

ET EN PARTICULIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FLAHAULT

ET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBOSQ

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

ET EN PARTICULIER

A M. LE PROFESSEUR GUÉRIN-VALMALE

ET

A MONSIEUR PAGLIANO

MÉDECIN-CHEF DE SERVICE DES HOPITAUX

GABRIELLE TOURRIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION
HISTORIQUE DE LA QUESTION

1° Introduction

C'est à la clinique obstétricale de Marseille dans le service de M. le professur Guérin-Valmale que notre attention a été attirée par une malade dont l'histoire nous intéressa vivement.

Une femme de 24 ans, quartipare, atteinte d'endométrite, présenta durant les quatre premiers mois de sa grossesse de la leucorrhée abondante et de l'hydro-hématorrhée. A quatre mois, d'abondantes pertes liquides commencèrent à se produire qui durèrent deux mois,

accompagnées de violentes douleurs lombaires. A six mois, avortement d'un enfant bien constitué, vivant, de 1180 grammes, et d'un placenta marginé présentant une minuscule cavité membraneuse.

Il s'agissait là d'une forme anormale et rare de grossesse dans laquelle le fœtus, au lieu d'évoluer normalement au sein d'une cavité ovulaire constituée par l'amnios et le chorion, se développe après rupture prématurée de ces membranes, en dehors de l'œuf, dans la cavité utérine.

Les faits de ce genre, quoique très rares, sont peut-être plus nombreux qu'on ne l'a cru, mais la difficulté d'en faire le diagnostic avant l'accouchement explique peut-être pourquoi le nombre de ces cas paraît encore si restreint.

Il est d'autres faits un peu différents, quoique du même ordre, relevant probablement des mêmes causes mais dont aucun symptôme ne vient révéler le phénomène durant la grossesse et dont le délivre seul fait constater l'existence. Ce sont les ruptures prématurées d'une seule membrane ovulaire, l'amnios, avec intégrité du sac chorial qui s'accroît normalement, jusqu'à pouvoir constituer au moment du travail une véritable poche des eaux. L'amnios est alors rétracté, réduit à une seule petite cavité exiguë en dehors de laquelle le fœtus évolue, ou même à une petite collerette enserrant l'insertion du cordon ombilical sur le placenta.

Le fœtus est ici extra-amniotique ; dans le cas dont nous fûmes témoin, il était extra-ovulaire. Dans les deux cas il est extra-membraneux et la période de la grossesse durant laquelle s'opère cette évolution en dehors d'une ou des deux membranes est véritablement une phase extra-membraneuse de la gestation.

Notre maître M. Guérin-Valmale nous engagea à recueillir les observations de grossesse extra-membraneuse parues durant ces dernières années, à les coordonner et à essayer, grâce aux conceptions les plus récentes émises sur ce sujet par les différents auteurs, d'en déduire quelques considérations générales.

Nous lui devons l'observation si complète qu'il a présentée le 14 juin 1911 à la réunion obstétricale de Montpellier, nous tenons à lui adresser ici tous nos remerciements.

Il suffit parfois d'une indication bien minime pour ouvrir un nouveau champ d'investigation, c'est pourquoi nous consacrons notre thèse inaugurale à cette modeste étude d'une question particulièrement intéressante.

2° Historique

Si l'histoire de la grossesse extra-membraneuse est récente, la rupture prématurée des membranes et l'hydrorrhée amniotique ont été observées depuis longtemps déjà par Mauriceau, Levret, dont les conclusions étaient restées hypothétiques. Mais Braun, d'abord en 1854 puis en 1865, ayant constaté une ligature du cordon par des brides amniotiques, décrit un amnios rudimentaire. Et Lebedeff (de Saint-Pétersbourg) approfondit la question en 1878, à propos d'une intéressante et judicieuse observation, et met en relief la présence du fœtus dans la cavité choriale après rupture de la membrane amniotique.

Les observations se succèdent en Allemagne avec

Kustner (1890), Olshausen (1896) et avec MM. Bar et Maygrier en France.

Jusqu'ici il ne s'agit encore que de grossesse extra-amniotique. Mais avec Tarnier, en 1895, une nouvelle étape est franchie. Ce Maître éminent qui avait si brillamment mis au point cette vaste question de l'hydrorrhée amniotique due à la rupture prématurée des membranes, et l'avait distinguée de l'hydrorrhée déciduale, observe, dans le délivre d'une femme présentant un écoulement d'eau depuis plus de cinquante jours, une disproportion considérable entre le volume du fœtus et celui de la cavité ovulaire. La conclusion de l'évolution du fœtus en dehors de l'œuf s'était donc imposée.

En 1899, à propos d'un cas identique observé par M. Maygrier, le docteur Glaize fait une étude approfondie de ces faits pathologiques auxquels il donne le nom heureux de grossesse extra-membraneuse. De nouveaux faits sont signalés, et en 1903 le docteur Maroger réunit ces éléments épars.

Depuis et chaque année de nouveaux documents viennent captiver l'attention ; une série de nouvelles observations servira donc de base à ce travail ; le fait dont nous avons été témoin viendra clore la liste des cas connus jusqu'à ce jour.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

(L. Devraigne, de Paris. — *L'Obstétrique,* 1904.)

Grossesse extra-membraneuse de 5 mois.

La femme dont il s'agit a déjà eu six grossesses, toutes arrivées à terme, et dans cette dernière grossesse la mère n'a jamais senti remuer l'enfant. L'expulsion du fœtus est spontanée après procidence du cordon et du bras gauche. Le placenta pesant 170 grammes est dépourvu de membranes. Il est fortement marginé et présente trois zones distinctes : une centrale à peu près circulaire autour du cordon, lisse, brillante, tapissée par l'amnios et le chorion accolés et adhérents au placenta. Autour de cette zone de 5 centimètres, s'étend une zone ovalaire recouverte par la caduque épaissie et malade, jaune à

reflets verdâtres et se décollant facilement. Enfin, le placenta présente en dehors des cotylédons irréguliers. Il a 11 centimètres de diamètre. Il s'agit nettement d'une grossesse extra-membraneuse qui semble le résultat d'une endométrite déciduale.

Observation II

(Macé et Moncany, de Paris. — *L'Obstétrique*, 1905.)

Grossesse extra-membraneuse avec fœtus de 5 mois.

On remarque surtout dans les pièces présentées et sur les photographies la faible capacité du sac membraneux comparé au volume du fœtus. Le placenta pesait 200 grammes. Il est ovalaire (diamètres 9 et 6 centimètres). Il est largement marginé et l'insertion des membranes se fait à 2 ou 3 centimètres de circonférence.

La poche est très réduite. Sa contenance n'est que de 75 à 80 centimètres cubes. L'insertion du cordon est normale. Le fœtus de cinq mois pèse 350 grammes, sa longueur est de 26 centimètres et son volume de 265 centimètres cubes, il ne pouvait donc pas être contenu dans la cavité ovulaire. Il s'agit donc bien d'une grossesse extra-ovulaire avec rupture prématurée des membranes et développement extra-membraneux du fœtus.

Le diagnostic exact n'avait pu être établi au cours de la grossesse. Il est cependant intéressant de noter que,

vers le cinquième mois, on avait remarqué que l'utérus était moins développé que ne le comportait l'âge présumé de la grossesse et qu'il ne paraissait augmenter que très lentement de volume. Cependant le fœtus vivait et a été expulsé vivant. Il a seulement fait quelques inspirations. La délivrance fut spontanée.

Observation III

(Clément, de Paris. — *L'Obstétrique*, 1906.)

Grossesse extra-membraneuse.

Cette grossesse est la troisième et date de 5 mois.

Le 23 février, veille de son entrée, la malade dit avoir perdu les eaux. Bonnaire constate en effet la rupture des membranes. Enfant vivant se présentant par le siège. La malade est mise au repos. L'hydrorrhée amniotique persiste.

Le 23, accouchement en S. I. G. A. mode des fesses ; enfant respirant mal, mort au bout d'une heure.

La grossesse extra-membraneuse a 36 jours.

Placenta épais en « Chateaubriand », poids énorme : 600 gr. Gros cotylédons. Placenta marginé. L'orifice de rupture a 9 centimètres de diamètre. L'enfant pèse 1800 grammes.

O. F. = 9 O. M. = 10 S. O. B. = 7 B. P. = 7 S. O. F. = 6,5 S. M. B. = 9.

Il existe une disproportion flagrante entre les dimen-

sions du fœtus et de la cavité ovulaire ; la tête seule devait être comprise dans le sac membraneux.

Le diagnostic a été fait plus d'un mois avant l'examen de la pièce anatomique.

Observation IV

(Huchet, de Paris. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, novembre 1906.)

Grossesse extra-membraneuse.

Le 9 novembre 1906, Mme L. M..., âgée de 33 ans, VII pare, entre à la Maternité de Lariboisière parce que, étant enceinte de 7 mois environ, elle perd de l'eau depuis près de 2 mois.

Sans antécédents héréditaires, cette femme a été réglée à 11 ans. Sa menstruation a toujours été régulière et dure de 5 à 6 jours.

On ne relève dans ses antécédents personnels qu'une rougeole dans son enfance et une légère pleurésie en avril 1906.

Elle porte en outre une cicatrice d'ancienne suppuration sur la partie latérale droite du cou.

A sa 1re grossesse, elle accouche à 7 mois d'un enfant mort. Cinq autres grossesses furent normales et se terminèrent par des accouchements à terme, spontanés, d'enfants vivants.

L'un d'eux est mort d'une méningite et à l'âge d'un an. Tous ces enfants sont du même père. La grossesse actuelle semble dater des premiers jours de mai. Vers

cette époque elle ne fut seulement réglée qu'un jour, mais n'éprouva aucun autre symptôme. Vers la fin mai, elle perdit du sang pendant une journée. En juin, juillet, août, elle eut encore de petites pertes de sang pendant 1 ou 2 jours, deux fois par mois.

18 septembre.—En se levant le matin elle sentit remuer d'une façon très nette pour la première fois. Elle éprouva alors quelques malaises passagers qui semblent devoir être attribués à cette surprise, désagréable pour cette femme qui ne se croyait pas enceinte et ne désirait pas d'autres enfants.

Le 26 septembre au matin, elle perd de l'eau brusquement et en assez grande quantité. Cette perte fut suivie de quelques coliques. Depuis cette époque, tous les jours le même écoulement d'eau se reproduit 7 à 8 fois par jour et coïncide avec une petite colique ou des mouvements actifs et violents du fœtus. Ces coliques ou mouvements actifs préviennent à temps cette femme qui peut prendre ses précautions pour ne pas être mouillée. Elle entre à l'hôpital le 9 novembre. On peut alors constater par l'examen des garnitures qu'il s'agit d'une hydrorrhée très abondante. Le 11, les linges sont teintés de rose.

Le 13 novembre, M. Bonnaire constate que l'écoulement est de l'hydrorrhée pure, conseille le repos absolu et prescrit de l'hydrastis canadensis.

14. — A onze heures du matin apparaissent des contractions utérines douloureuses. On prescrit un lavement laudanisé. Malgré cette thérapeutique la femme accouche spontanément à 3 h. 15 d'une fille vivante et se présentant par le sommet. Elle pesait 1330 gr. et ne vécut que quelques minutes. La délivrance naturelle et complète s'effectua un quart d'heure après.

Immédiatement on fut frappé de l'énorme dispropor-

tion existant entre le fœtus et la cavité ovulaire. Il s'agissait d'une grossesse extra-membraneuse, confirmée par l'examen plus approfondi et les mensurations du délivre et du fœtus.

Le placenta de forme arrondie pèse 300 grammes. Ses diamètres extrêmes sont de 14 et 13 cm. Son volume est sensiblement normal par rapport au poids du fœtus et à l'âge de la grossesse. Ce placenta est bordé. La masse placentaire déborde les membranes de 3 cm. en un point et de 1 cm. au minimum. La hauteur maxima des membranes est de 4 cm.; minima, de 2 cm. Il n'y a point d'irrégularités sur les bords des membranes qui ont tendance à s'enrouler. On voit nettement qu'il ne s'agit point d'une rupture récente.

Le grand diamètre de l'ouverture membraneuse est de 9 cm., le petit de 8 cm. Sa circonférence est de 26 cm. tandis que la grande circonférence du fœtus pelotonné au maximum, de 48 cm. Le cordon à l'insertion marginale mesure 33 cm. Vraisemblablement les choses peuvent s'expliquer ainsi. La rupture des membranes s'est produite sans cause bien déterminée (endométrite déciduale, ponction ?) Le 26 septembre au matin, soit 50 jours avant tout début de travail, le fœtus est sorti de la cavité ovulaire et a continué à vivre en dehors des membranes. Le liquide amniotique sécrété dans cette cavité s'accumulait en arrière du fœtus et s'écoulait en masse au moment d'une contraction utérine déplaçant le fœtus, ou de mouvements spontanés de ce dernier.

Observation V

(Semon. — *Arch. f. Gyn.*, 1907, Bd. LXXXII, p. 734. — *Annales de gynécologie*, 1907.)

Hydrorrhæa amnialis. — Graviditas extra-membranosa. — Placenta circumvallata.

X..., 30 ans, un accouchement et un avortement antérieurs, celui-ci à 3 mois. Accouchement spontané, mais l'enfant, bien qu'à terme, né très faible, mourut peu à près l'accouchement. Au contraire, à l'occasion de l'avortement et pour raison d'hémorragie, il fallut intervenir (extraction du placenta avec la pince à avortement), manœuvre au cours de laquelle on constata une rétroversion très accusée. Cessation de l'hémorragie. Suites régulières. Règles régulières non douloureuses. A un nouvel examen, on trouva l'utérus de grosseur normale et en antéflexion. Dernières règles, 27 juillet 1906.

Le 25 août, hémorragie légère avec douleurs utérines, qui se renouvela 3 jours après.

Le 28 septembre, hémorragie abondante 2 à 3 jours qui se renouvela fin octobre. A partir de cette époque, de temps à autre, petites hémorragies ; en dépit de ces pertes, la femme s'estima enceinte (malaises, augmentation de volume du ventre). Dès la mi-novembre elle remarqua un écoulement jaune-brun qui peu à peu devint plus abondant et prit le caractère du liquide amniotique.

Examen fin novembre : utérus gros comme à 3 mois, mais n'ayant pas la consistance habituelle à cette époque de la grossesse.

Un nouvel examen le 22 décembre montra que l'utérus était nettement divisé en 2 parties (disposition d'un utérus bicorne) qui présentaient des dissemblances notables. La partie gauche, de consistance dure, laissait voir une connexion continue avec la masse principale de l'utérus, tandis que la partie droite, de consistance presque fluctuante, paraissait complètement séparée de l'autre portion de l'utérus, en sorte qu'elle paraissait appendue à l'utérus à la façon d'une tumeur sphérique de la grosseur d'un poing.

A cette époque l'écoulement aqueux avait considérablement augmenté et fatiguait beaucoup la femme.

Trois semaines plus tard, le 13 janvier 1907, l'utérus avait manifestement augmenté de volume, il correspondait comme grosseur à la fin du quatrième mois ; on ne retrouvait pas la disparition constatée au précédent examen. Par contre les doubles battements fœtaux étaient remarquablement perceptibles sur toute la surface de l'utérus.

Le 18 janvier, subitement, apparition de contractions utérines qui aboutirent à l'expulsion du fœtus en présentation pelvienne. Ni avant, ni pendant, ni après l'accouchement il n'y eut pertes d'eaux. Il fallut pratiquer la délivrance par expression et on reconnut que l'arrière-faix siégeait dans l'angle tubaire droit. Le fœtus masculin, longueur 32 centimètres, poids 970 grammes, circonférence crânienne 25 centimètres, mourut une demi-heure après l'accouchement. Suites de couches régulières.

Particularités constatées : 1° Sur le fœtus : grande

rigidité des extrémités, flexions forcées, persistantes au niveau des jointures, pied gauche en valgus ;

2° Sur le placenta : poids 670 grammes, aspect très lobulé, type de placenta circumvallata. Au premier coup d'œil, on voit qu'il devait exister un défaut de proportion entre la cavité ovulaire et le fœtus ; d'ailleurs, les membranes sont si fortement rétractées que tout le fond de la cuvette ovulaire est presque à découvert. Cette cavité ovulaire contiendrait à peine 100 cent cubes de liquide. Le diamètre moyen de la surface du fond de la cavité est de 7 cm. 5, tandis que celui de la surface placentaire générale varie de 14 à 13 centimètres. Le bord libre des membranes ovulaires est calleux, épaissi, la portion libre des membranes ne mesure que de 1 à 2 centimètres. En un point les membranes sont roulées en un cordon qui porte à son extrémité un caillot sanguin ancien, adhérent à l'amnios. La paroi du placenta non recouverte par les membranes est très longue, jusqu'à 4 centimètres en certains endroits. A l'endroit où cesse cette paroi du placenta on aperçoit le repli de l'amnios sous forme d'une bande un peu épaissie. Puis vient une margelle (margo) large de 1/2 à 3/4 de centimètre, dans le voisinage duquel le chorion lœve et la caduque réfléchie forment avec le chorion touffu sous-jacent une duplicature et sont transformés en une lame fibrineuse, particularité typique dans le placenta marginata. Puis vient le repli de l'amnios.

Observation VI

(Wiemer. — *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 23, p. 649. — *Annales de gynécologie*, 1907.)

Contribution à l'étude de l'hydrorrhée de l'utérus gravide et du développement extra-membraneux du fœtus.

Observation analogue à la précédente. La grossesse compliquée à maintes reprises de pertes aqueuses abondantes, parfois mélangées de sang, se termina vers huit mois par la naissance d'un enfant de 2.000 grammes. Couches sèches. Le placenta pesait 650 grammes et présentait une face fœtale beaucoup plus réduite que la face utérine ; de plus, à la limite externe de la face fœtale et à l'insertion des membranes il y avait une marge, un anneau. Donc placenta indiscutablement marginé. Le sac ovulaire contenait environ 70 cc. d'eau, il y avait donc une disproportion manifeste entre ses dimensions et celles du fœtus, qui nécessairement avait dû se développer en dehors des membranes. Sauf des dépôts fibrineux surtout en un point de l'arrière-faix, pas d'altérations pathologiques. Toutefois l'auteur estime que les pertes sanguines observées furent causées par une insertion basse du délivre.

Le fœtus assez bien développé présentait une assez grande rigidité des extrémités inférieures, une attitude vicieuse des mains, des malformations des pieds (pieds bots), effets certains des compressions subies consécutivement à l'écoulement du liquide protecteur.

Observation VII

(MM. Berteaux et Burnier, Paris. — *Presse médicale*, février 1908.)

Un cas de grossesse extra-membraneuse.

Il s'agit d'une primipare de 28 ans qui entra à la Maternité pour des menaces d'accouchement prématuré ; depuis un mois elle perdait fréquemment du sang et un liquide clair, ou, au contraire, roussâtre. Cette femme étant enceinte de 5 mois, on la mit au lit et on lui fit prendre des lavements laudanisés. Néanmoins, au bout de quelques jours elle expulsa un enfant de 860 grammes qui se présentait par le siège. Une demi-heure après eut lieu l'expulsion d'un placenta pesant 270 grammes, épais de 2 centim. 1/2. Sa circonférence mesure 40 centimètres. La face utérine tend à se diviser en 2 lobes ; sur la face utérine les cotylédons débordent largement l'insertion des membranes. Cette insertion se refait au bord placentaire sur une longueur de 7 centimètres. Partout ailleurs le placenta est marginé.

Les membranes circonscrivaient une cavité réduite à 132 centimètres, alors que l'enfant jaugeait 840 centimètres.

Il semble que le fœtus soit sorti de ses membranes à six semaines.

Observation VIII et IX

(M. Commandeur, Lyon 1908. — *L'Obstétrique*, 1908.)

Deux cas de grossesse extra-membraneuse

I

Grossesse extra-amniotique

Amputation congénitale de la jambe droite au 1/3 supérieur.

Pied bot varus gauche.

Main bote gauche avec syndactylie et brachydactylie. Cet enfant a vécu quatre heures.

L'auteur ne croit pas ces malformations dues à des brides amniotiques, mais, les unes, relevant d'une action mécanique de l'amnios mal formé, telle que l'amputation congénitale de la jambe qui a pu se faire sur le bord tranchant de l'amnios ; les autres dues à des pressions exercées par la paroi utérine, comme le pied bot.

Placenta : autour de l'insertion funiculaire existe une petite poche constituée par l'amnios formant dans la cavité de l'œuf comme une logette tronconique à grande base insérée sur la face fœtale du placenta. Les dimensions de la grande base sont d'une petite paume de main. C'est donc un type de grossesse extra-amniotique.

II

Grossesse extra-ovulaire

Fœtus normal. Double orifice de rupture des membranes. La grossesse n'a rien présenté de spécial. Cette femme est enceinte de cinq mois environ. Le 20 janvier, elle expulse un fœtus pesant 710 grammes et ne présentant aucune malformation apparente.

En examinant le délivre on trouve un sac membraneux formant une petite poche qui certainement ne pouvait pas loger le fœtus.

L'orifice d'ouverture présente des dimensions inférieures aux diamètres de la tête fœtale. Le bord de cet orifice, d'aspect cicatriciel, est semblable à ce qu'on observe dans les grossesses extra-membraneuses. Il existe en outre un deuxième orifice de rupture beaucoup plus petit que le premier et très voisin de lui.

Cette observation montre bien une grossesse extra-ovulaire : l'exiguïté de la poche, l'aspect cicatriciel le démontrent. Comme dans les cas analogues il n'y a pas de malformations fœtales.

Le double orifice qui constitue le point original de ce cas ne paraît pas dû, comme on pourrait le croire au premier abord, à une manœuvre criminelle, mais à la traction exercée sur les membranes par le bord placentaire.

Observation X

(MM. Guaripuy et Berny. Toulouse, 2 décembre 1908. — *L'Obstétrique*, 1909.)

Grossesse extra-membraneuse de 5 mois. — Hémorragies abondantes.

Multipare de 32 ans, atteinte de métrite, entrée à la clinique d'accouchements pour des métrorragies très abondantes presque continuelles. On porte le diagnostic de fibrome utérin et l'on élimine la grossesse en se basant sur l'existence d'un utérus dur, bosselé, dont le fond atteint 16 centimètres sans arrêt de règles, avec auscultation négative. Cinq jours plus tard la femme expulse un fœtus mort de 380 grammes, sans malformation ni macération, de l'âge de 5 mois et demi environ.

La dilatation s'est faite sans poche des eaux, l'expulsion n'a été ni précédée, ni suivie d'écoulement de liquide amniotique. La délivrance se produit au bout de 4 heures. L'examen du délivre permet de diagnostiquer une grossesse extra-membraneuse.

Le placenta peu volumineux est bordé par une collerette de membranes dont la base s'insère sur la face fœtale du placenta à quelques millimètres du bord et dont le bord libre réunissant le chorion et l'amnios a l'aspect nettement cicatriciel épaissi ; la fusion des membranes étant à ce niveau intime, la hauteur de cette collerette membraneuse est de 2 centimètres ; la cavité ovulaire est par conséquent insuffisante et de beaucoup,

à contenir le fœtus. Au point de vue symptomatique, les métrorragies signalées dans quelques autres observations ont pris dans ce cas une importance de premier plan. Ces hémorragies doivent-elles être mises sur le compte de l'endométrite seule ou de l'anomalie de développement de l'œuf ?

En tout cas, masquant l'hydrorrhée persistante qui a dû se produire, elles ont rendu le diagnostic très difficile.

Observation XI

(Lequeux. Paris, 1909. — *L'Obstétrique*, 1909.)

Un cas de grossesse angulaire avec rupture prématurée des membranes. Accouchement d'un fœtus membraneux malformé..

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui fit un avortement de cinq mois précédé un mois auparavant de la rupture des membranes. Le fœtus présente des malformations dues certainement à la compression par l'utérus rétracté sur un fœtus se développant en dehors des membranes (pieds bots, mains botes, enfoncement maxillaire). L'examen de l'œuf montre en effet qu'il s'agissait d'une grossesse extra-membraneuse. De plus, pendant la délivrance artificielle faite pour hémorragie, on put voir que l'œuf était inséré dans une corne utérine. On se trouve donc en présence d'une grossesse angulaire.

Observation XII

(MM. Fabre et Bourret, de Lyon, 1910. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, Lyon, 21 avril 1910.

Un cas de grossesse extra-membraneuse.

Femme âgée de 30 ans, entrée dans notre service au cours de la troisième grossesse. Ses deux premières grossesses avaient évolué normalement. Rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels. Aucun signe de spécificité.

Dernières règles du 15 au 21 septembre 1909. La grossesse évoluait sans incident lorsque, le 6 janvier, à la suite d'un effort au cours de son travail, la malade fut prise d'une hémorragie. Ces pertes, d'après la malade, auraient été constituées uniquement par du sang et des caillots, mais comme elles furent immédiatement traitées par des injections chaudes on ne saurait affirmer qu'il ne s'est écoulé en même temps aucun liquide aqueux. L'écoulement ne dure qu'un jour.

Un mois après, la malade, reprise de douleurs et de pertes sanglantes, fut envoyée dans le service pour menaces d'avortement. A ce moment, l'écoulement était constitué par du sang pur. La malade toussait et présentait à l'auscultation des signes assez nets de tuberculose.

Les bruits du cœur fœtal furent perçus jusqu'au 26 février. A cette date, la malade eut des douleurs plus violentes et le liquide sanglant qu'elle continuait

à perdre devint plus clair et certainement mêlé d'eaux. Le 28 février, expulsion d'un fœtus macéré pesant 630 grammes et du délivre dont le poids était de 232 grammes.

L'autopsie du fœtus, malgré la disproportion entre son poids et celui du placenta, a montré qu'il ne s'agissait pas d'un macéré syphilitique : le poids de la rate n'étant que de 2 grammes, soit le 315e du poids du fœtus ; d'autre part, le signe de Vegner était négatif.

L'examen du délivre montrait qu'il était composé d'un placenta pesant 232 grammes et présentant une cavité membraneuse pouvant contenir environ une mandarine, mais il ne semblait pas possible que le fœtus arrivé au degré de développement actuel pût être contenu en son intérieur. Les membranes paraissaient macroscopiquement composées des trois feuillets ordinaires. Tout autour du point de réflexion des membranes sur le placenta existait une collerette très nette d'environ 3 à 4 centimètres de large.

La masse placentaire examinée microscopiquement montrait :

1° Que les membranes étaient constituées par le chorion et la caduque très épaissie. Ce n'est qu'au niveau de la région des membranes tapissant le gâteau placentaire que nous avons pu trouver de l'amnios nettement différencié. Il est difficile de dire s'il s'agit ou non d'un décollement artificiel, accidentel ou d'une grossesse véritablement extra-amniotique ;

2° Que la collerette bordant l'insertion placentaire était limitée par la muqueuse épaissie doublée d'un dépôt fibrineux abondant ;

3° Que l'aspect carnifié des coupes était dû à des thromboses diffuses de la plus grande partie du tissu placentaire ; ces thromboses paraissaient récentes, car les vil-

losités au sein même des masses de fibrine avaient conservé leur revêtement épithélial.

En somme, il paraît s'agir d'une grossesse extra-membraneuse remontant sans doute aux premiers accidents accusés par la malade le 6 janvier. La grossesse aurait donc évolué encore pendant près de deux mois.

Il est difficile de rattacher l'état thrombosique à peu près généralisé constaté dans le tissu placentaire soit à une cause locale, l'examen n'ayant révélé qu'une hypertrophie nette de la caduque, soit à une cause générale, la malade n'ayant eu, semble-t-il, ni spécificité, ni albuminurie.

Observation XIII

(Nolle. — *Zentralblatt für Gynæcologie*, n° 10, p. 337. — *L'Obstétrique*, 1910.)

L'auteur présente un cas de grossesse extra-membraneuse due, selon les aveux de la malade, aux manœuvres abortives pratiquées au troisième mois de la grossesse. A la suite de ces manœuvres la malade a perdu du liquide amniotique sanguinolent. Vers le sixième mois, nouvel écoulement arrêté par un repos au lit. Au septième mois, la malade fait une chute et perd environ deux verres de liquide. Le lendemain après cet accident, elle entre en travail et accouche d'un enfant qui pèse 1.400 grammes, mort un jour après la naissance. Au moment de l'accouchement, on ne constate pas de liquide amniotique. Le placenta est marginé. Les membranes présentent un orifice de la grosseur d'une pièce de 5 francs. Ce cas

démontre péremptoirement que l'hydrorrhée amniotique, que la grossesse extra-membraneuse peuvent avoir pour point de départ la déchirure artificielle des membranes de l'œuf, faite dans un but d'avortement criminel, possibilité déjà soupçonnée par Ruth.

Observation XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Guérin-Valmale et qui a fait l'objet d'une communication à la réunion obstétricale de Montpellier. — Séance du 14 juin 1911.)

Le fœtus et son délivre proviennent d'une grossesse extra-membraneuse qui s'est spontanément terminée vers le sixième mois dans mon service de la clinique obstétricale de Marseille.

L'enfant est du sexe féminin. Il est parfaitement conformé et son poids de 1.180 grammes indique un développement au moins égal à celui des fœtus de même âge évoluant dans les grossesses normales.

Le placenta au contraire est anormal. Sa forme est nettement elliptique ; son épaisseur est assez forte sur toute son étendue. Sa face fœtale présente vers son centre l'insertion d'un cordon assez grêle et autour de ce dernier une collerette membraneuse limite une cavité de même forme générale que le placenta, mais beaucoup plus étroite. C'est tout ce qui existe des membranes ovulaires. Cette cavité elliptique mesure environ 8 cm. suivant son grand axe et 5 à peine suivant le petit. Elle couvre seulement une petite partie de la surface fœtale du

placenta. A ce niveau l'amnios tapisse correctement la surface choriale de l'insertion funiculaire au pourtour de la petite cavité. Là il se révèle accolé au chorion et ces deux membranes forment une collerette de 2 cm. environ de largeur qui monte en se rétrécissant, de manière à circonscrire un orifice très sensiblement plus étroit que le fond de la logette adhérant au placenta.

Tout autour de cette collerette, le chorion et l'amnios sont étroitement appliqués l'un sur l'autre et paraissent soudés au niveau du bord libre. Celui-ci est d'ailleurs net, résistant, quasi-cicatriciel, et rien en ce point ne peut faire songer à une déchirure récente. En dehors de cette cavité ovulaire la face fœtale du placenta présente autour de la petite cavité une large surface cotylédonaire disposée en couronne comme le marli d'une soucoupe, ce qui donne au placenta l'apparence de ce que Pinard désigne habituellement sous le nom de « Chateaubriand », mais ce pourtour n'est pas plus épais que la partie centrale du placenta et celle-ci n'est nullement déprimée en cupules, comme dans les placentas à circonvallation.

La face utérine du placenta est à peu près normale, mais à sa surface comme aussi sur la partie bordée de la face fœtale se voient de larges lambeaux d'une caduque très épaisse.

Le délivre en entier pesait 340 grammes et la cavité membraneuse était infiniment trop petite pour avoir récemment contenu le fœtus.

L'histoire de cette grossesse éclaire d'ailleurs assez bien la pathogénie de ces anomalies. La femme qui est accouchée de ces pièces est âgée de 24 ans. C'est une ménagère dont le père est mort à 48 ans d'une affection cardiaque. Sa mère est âgée de 55 ans et asthmatique ;

sa sœur et ses deux frères sont en bonne santé. Elle a fait ses premiers pas à 18 mois ; fut réglée à 14 ans très correctement, mais vers 18 ans, au cours d'une crise d'anémie, elle fut réglée deux fois par mois. Elle présentait alors, paraît-il, du strabisme et resta malade 6 mois.

Notons dans ses antécédents pathologiques une rougeole, une coqueluche et une angine dans le jeune âge, une pneumonie à 15 ans et un érysipèle il y a 2 ans, 1 mois après la naissance de son 2e petit garçon.

Cette femme est une quartipare. Mariée il y a 5 ans, elle devint aussitôt enceinte. La grossesse fut bonne, bien qu'il y eût une abondante leucorrhée et de fréquents maux de reins. L'accouchement se fit à terme et la sage-femme fit remarquer la faible quantité de liquide amniotique. L'enfant, un beau garçon, fut mis à l'allaitement mixte ; il a aujourd'hui près de 4 ans. La 2e grossesse fut absolument analogue. L'accouchement à terme donna un garçon qui fut nourri 1 mois au sein. La mère ayant contracté un érysipèle, l'enfant fut mis au biberon. Il eut une grave gastro-entérite ; il a actuellement 2 ans 1/2. La 3e grossesse s'interrompit à 3 mois 1/2 le 15 août 1909. Au cours du 1er mois la femme avait cru être réglée à cause d'une perte sanguine qui ne se reproduisit plus. Mais il y eut d'abondantes pertes blanches et de violents maux de reins. La quatrième et dernière grossesse est celle qui nous intéresse. Les règles avaient duré 3 jours vers le 20 août 1910, mais l'évolution de cette grossesse fut troublée par des pertes bizarres.

Au mois de septembre, durant 2 ou 3 jours quelques pertes rosées parurent comme des règles, précédées et suivies d'abondante leucorrhée. En octobre, pertes séreuses d'une abondance analogue aux règles. En novembre de même, pertes rosées. En décembre, vers le 22, la

femme éprouva une émotion violente en voyant son enfant s'ébouillanter devant elle. Jusqu'alors elle ne souffrait pas et se trouvait assez bien comme au cours des grossesses antérieures.

L'accident s'était produit vers 5 à 6 heures du soir, alors que depuis un jour ou deux elle traversait une période de pertes séro-sanguinolentes. Dans la soirée, vers 7 heures, brusquement se produisit sans douleur une perte abondante. Un flot de liquide fortement coloré en rose vif s'écoula à terre où il forma une petite mare (un verre environ). Puis l'écoulement cessa. Il reprit le lendemain vers onze heures du matin avec à peu près les mêmes caractères, puis le lendemain soir, puis durant quelques jours, chaque soir avant de se coucher. Dans la nuit l'écoulement cessait. Peu à peu les pertes devinrent plus irrégulières mais quotidiennes. Elles étaient tantôt séreuses, tantôt sanguinolentes, tantôt comme de l'eau pure, tantôt colorées comme du café au lait et parfois même, nous dit la femme, épaisses et noires comme de l'encre. Depuis les premiers accidents la malade souffrait violemment des reins et pouvait à peine se tenir debout. Les mouvements de l'enfant avaient été perçus en décembre après la perte initiale et depuis lors toujours fort bien.

Cette malade entra dans le service le 10 février 1911 avec des pertes séro-sanguinolentes, très abondantes, subcontinues. Quand je l'examinai devant les élèves, tout le bas de sa chemise sur une hauteur de 20 cm. environ était plus ou moins récemment mouillé d'un liquide sale qui dessinait de larges placards à liseré brunâtre de plus d'un centimètre d'épaisseur. L'odeur de ce liquide un peu étrange se rapprochait quelque peu de celle du liquide amniotique. Au palper l'utérus paraissait bien avoir le

développement habituel vers 5 mois et demi de grossesse; le fœtus était mobile dans son liquide amniotique et les produits du cœur très nettement perceptibles.

Au toucher ce col de multipare était assez petit et parfaitement fermé comme celui des primipares typiques. Le vagin était fortement humide et à travers le segment inférieur de l'utérus on pouvait percevoir le ballottement vaginal. Le 16 février à onze heures du matin (étant enceinte de près de six mois) la malade est prise de douleurs. Le col est en voie d'effacement mais reste fermé. Ce matin, elle ne perd pas de liquide alors qu'hier elle était constamment inondée. A 3 heures les douleurs se renforcent et pendant qu'on la prépare pour l'accouchement elle expulse en un clin d'œil un fœtus du sexe féminin en présentation du siège. Cet enfant fait quelques inspirations, il est mis en couveuse et meurt une demi-heure après. La délivrance s'est faite très facilement peu après. Les suites de couches furent absolument normales.

Tableau synoptique des observations de grossesse extra-membraneuse

Observations de :	Parités	Durée de l'évolution de la grossesse après rupture des membranes	Moment de la grossesse où se fait l'accouchement	ÉTAT DU FŒTUS SEXE	MEMBRANES	PLACENTA
Devraigne 1904	VII	Quelques semaines	5 mois	Vivant ? Expulsion spontanée après procidence du cordon et du bras gauche.	Faible capacité du sac membraneux 75 cc. comparée au volume fœtal 265 cc.	Dépourvu de membranes. Marginé.
Macé et Moncany 1905	?	?	5 mois	Expulsé vivant, meurt après quelques inspirations.	Poche très réduite.	Largement marginé.
Clément 1906	III	36 jours	5 mois	Enfant vivant. Siège mode des fesses. Meurt après 1 h.	Disproportion flagrante entre le fœtus et la cavité ovulaire.	Énorme et fortement marginé.
Huchet 1906	VII	50 jours	7 mois	Fœtus féminin vivant. Sommet. Meurt après 30'.	Poche beaucoup trop petite pour contenir le fœtus.	Volume normal, marginé.
Semon 1907	III	75 jours	6 mois	Fœtus masculin vivant. Meurt 1 h. après. Rigidité en flexion articulaire forcée.	Membranes très rétractées. Cavité ovulaire 1000 cc. Bord libre cicatriciel.	Siège anormal, angle tubaire droit lobulé et marginé.
Wiemer 1907	—	plusieurs semaines	8 mois	Fœtus masculin de 2.000 gram. Rigidité des extrémités, inté-	Disproportion manifeste entre le fœtus et le sac membraneux	Insertion basse, marginé.

Bertaux 1908	I	45 jours	5 mois 1/2	Fœtus vivant ? Siège.	Membranes circonscrivent une cavité de 132 cc. le fœtus jaugeant 840 cc.	Largement marginé.
Commandeur 1908	—	quelques semaines	5 mois	Fœtus normal.	Membranes forment petite poche à double orifice, à bords cicatriciels.	Marginé
Commandeur 1908	—	—	9e mois	Vivant. Amputations et malformations. Meurt après 4 heures.	Amnios forme une poche rudimentaire à la base du cordon.	—
Garipuy 1908	VI	—	5 mois 1/2	Fœtus mort non macéré.	Cavité ovulaire insuffisante à contenir fœtus. Bord libre épaissi cicatriciel.	Marginé
Lequeux 1909	—	30 jours	5 mois	Fœtus avec malformations.	Poche rudimentaire.	Siège anormal angle tubaire
Fabre et Bourret 1910	III	60 jours	6e mois	Fœtus macéré sans signes de spécificité.	Cavité membraneuse pouvant contenir une mandarine. Chorion et caduque épaissis.	Enorme, maginé.
Nolle 1910	—	4 mois	7e mois	Fœtus vivant. Meurt le lendemain	Membranes présentant un orifice de la grosseur pièce de 5 fr.	Marginé
Guérin-Valmale 1911	IV	3 mois au moins	6 mois	Fœtus féminin vivant. Siège. Meurt 1/2 heure après.	Membranes forment loge infiniment trop petite pour fœtus. Bord libre quasi cicatriciel.	Marginé

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE LA GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

§ 1. — Considérations sur le placenta marginé

Dans notre série d'observations, comme dans tous les cas de grossesse extra-ovulaire à notre connaissance, le placenta est largement marginé.

Cette constatation nous amène à entrer dans quelques détails sur la margination placentaire.

Si au lieu d'admettre avec bon nombre d'auteurs allemands, Veit, Kurtsner, Klein, Schwab, etc., que la margination est due à un processus d'endométrite déciduale, l'on adopte comme la plus vraisemblable la théorie récemment exposée par Funck (thèse de Nancy, 1910), la pathogénie de la grossesse extra-membraneuse se présentera sous un jour nouveau qui semble d'accord avec la majorité des faits.

Mais avant tout il convient de rapporter la définition donnée par Kölliker du placenta marginé : « Je désigne sous ce nom les placentas dans lesquels le chorion ne s'insère que sur une partie tantôt plus grande, tantôt plus petite de la face fœtale du placenta en laissant le bord (rand) libre. Il en résulte, remarque Funck, que la surface choriale vraie, c'est-à-dire celle qui correspond à l'aire du chorion touffu, n'occuperait qu'une partie réduite de la face fœtale du placenta ; il existe donc sur cette face une partie extra-choriale plus ou moins circulaire, comparable d'après Sfameni à la marge non imprimée d'une page de livre. Cette marge serait constituée principalement par du parenchyme placentaire (villosités) allant de la circonférence de l'aire choriale à la périphérie de l'organe.

A partir de quelle époque peut-on constater anatomiquement l'existence d'une marge ? Avec Funck nous admettons que l'œuf jeune ne peut avoir de marge ; anatomiquement elle ne peut exister qu'après les troisième ou quatrième mois, époque où se fait la délimitation définitive entre le chorion touffu et le chorion lisse. Une raison d'ordre physiologique préside à la formation de la marge à ce moment : elle réside dans une insuffisance de l'aire choriale devenue trop petite par suite d'une atrophie excessive des villosités, lors de la constitution définitive du chorion touffu.

La marge des placentas de grossesses extra-membraneuses semble liée à la rupture prématurée des membranes.

Nous envisagerons plus tard les facteurs de cette rupture.

« Lorsque la rupture a eu lieu, le liquide s'écoule, les membranes ne sont plus tendues, elles ne partent donc plus

tangentiellement par rapport à la lame basale du chorion touffu. On sait que les membranes se rétractent, elles s'affaissent vers l'intérieur de l'œuf, et par conséquent sont déviées dans leur ensemble vers le centre ovulaire. Cette déviation circulaire donne une margination circulaire, une marge totale, sur tous les placentas provenant de ces grossesses pathologiques. » (Funck.)

Les cas de marge irrégulièrement circulaire de certains cas de grossesse extra-membraneuse s'expliquent par la même cause. En effet, la rupture des membranes peut survenir après le quatrième mois, c'est-à-dire à un moment où les membranes commencent à se fusionnner. Une partie peut se dévier d'emblée vers le centre ovulaire, l'autre partie ne le faisant que plus tard. Le moment du développement de la marge ne sera donc pas le même sur toute la périphérie de la lame choriale. Il y aura marge totale plus ou moins irrégulière.

C'est cette déviation centripète des membranes qui peut être la cause de la limite de l'aire choriale dans cette région d'où émanera aussi plus tard la marge compensatrice.

D'après la théorie de Glaize, la caduque étant atteinte d'endométrite déciduale, la margination n'a pas tardé à se constituer. Cette margination a déterminé la rupture spontanée des membranes et le passage du fœtus hors de la cavité ovulaire.

Si l'on se rallie au contraire aux données de Funck, la marge sera considérée non comme la *cause* de la rupture des membranes, ainsi que le pense Glaize, mais comme la *conséquence* de cette rupture. En effet, la littérature nous montre des cas de grossesse extra-membraneuse où la rupture des membranes, caractérisée par une perte brusque de liquide, s'est faite au troisième

mois (cas de Dubrisay, de Stœckel). Or à cette époque il ne pouvait encore être question de marge.

De même les cas de rupture artificielle des membranes (Tarnier, 1895, Nolle 1910) confirment cette opinion, à savoir que la rupture des membranes est suivie de leur rétraction, que cette rétraction cause la réduction de l'aire choriale et qu'en conséquence les villosités choriales sont obligées de lutter par leur développement excentrique contre cette réduction. Cela constitue en dernière analyse la margination du placenta.

§ 2. — Causes de la rupture des membranes

Comment expliquer dès lors la rupture des membranes ?

1° Le traumatisme a été invoqué.

Dans l'observation de Tarnier (1895), une pointe d'aiguille ayant blessé l'utérus sans ouvrir l'œuf, au 5e mois a provoqué une endométrite d'origine traumatique.

Dans l'observation de Nolle (1910), la rupture des membranes a été artificielle et résulte d'une ponction dans un but abortif. Cette possibilité de déchirure dans un but d'avortement criminel a été déjà signalée par Ruth. Ici elle est évidente. Mais si l'on réfléchit que les avortements criminels ne sont jamais bien révélés, on comprendra que les statistiques resteront toujours, sous ce rapport, singulièrement en dessous de la vérité.

2° Dans nombre d'observations on ne trouve rien d'analogue dans les antécédents. Peut-être est-il permis d'invoquer l'insertion basse du placenta sur laquelle on

pourrait, en partie, mettre les fortes hémorragies, bien que la rupture des membranes ait été sans influence sur elles. C'est l'opinion du professeur Pinard, que les cas de Stœckel (1899), de Garipuy et Berny (1908) semblent confirmer.

3° L'hydramnios a été aussi invoqué par Oui.

4° Plus souvent enfin le premier écoulement de liquide survient sans aucune cause apparente et nous entrons ici dans la catégorie obscure des ruptures prématurées des membranes sur un œuf greffé dans un utérus atteint d'endométrite, et étudiées par Hégar, Spiedelberg, Veit, Schrœder, à l'étranger ; Tarnier et Budin, en France.

Qu'elle admette comme facteurs la blennorragie, ou les infections puerpérales antérieures, ou la syphilis, ou la tuberculose, l'endométrite déciduale amène une altération du chorion et de l'amnios et rend ces membranes plus friables, moins élastiques, et facilement, sous l'influence du moindre traumatisme, volontaire ou involontaire, ou même seulement de l'ampliation du segment inférieur, provoque leur rupture.

Le quatrième mois semble particulièrement disposer à la rupture des membranes (cas de Dubrisay, Maygrier, Bar, Devraigne, Clément, Berteaux, Lequeux, Fabre) ; le troisième mois venant ensuite (Dubrisay, Stœckel, Semon, Nolle, M. Guérin-Valmale).

§ 3. — Retrait et cicatrisation des membranes

La rupture admise, le retrait et la cicatrisation des membranes ont lieu suivant le mécanisme étudié par

M. Bar : Waldeyer, Dastre, Camprenon ont constaté la présence de quelques vaisseaux peut-être dans les membranes, à coup sûr dans le tissu muqueux intermédiaire entre la face externe de l'amnios et la face interne du chorion (tissu interannexiel de Bischoff). En vertu de leur vitalité propre, les membranes se cicatrisent sur le pourtour de l'orifice de rupture. Un processus inflammatoire de cicatrisation vient agir sur le bord libre de l'amnios primitivement décollé du bord libre du chorion et les soude l'un à l'autre. Glaize a donné la preuve histologique du processus inflammatoire : le bord libre de l'orifice de rupture est un véritable raphé cicatriciel.

§ 4. — Influence de l'excitabilité utérine sur la production de la grossesse extra-membraneuse

Pourquoi le fœtus n'est-il pas expulsé comme d'habitude peu après la rupture de l'œuf ?

Comment peut-il continer à vivre à même dans la cavité utérine ? ce côté de la question est difficile à élucider. Nous savons que certains utérus ont une sensibilité peu développée, qu'ils supportent sans réagir les impressions les plus violentes, et peuvent même résister sans se contracter à une intervention directe.

C'est donc là une affaire de tolérance plus ou moins grande de l'utérus. M. Guérin-Valmale attribue cette hypoexcitabilité utérine, en partie, à l'épaisseur beaucoup plus considérable de la caduque enflammée, car dans tous les faits de cet ordre l'examen du délivre a révélé

cette hypertrophie qui se rattache probablement à l'endométrite déciduale.

D'autre part, n'est-il pas permis de se demander avec ce professeur si la fermeture du col, très accentuée chez cette multipare, n'aurait pas joué aussi un rôle à cet égard ?

Nous posons le problème sans le résoudre, car pour conclure il serait indispensable de connaître les résultats fournis par le toucher chez toutes les femmes ayant présenté cette forme anormale de grossesse.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

1° La grossesse extra-amniotique (l'amnios se rompant seul) évolue comme une grossesse normale et il est absolument impossible de soupçonner l'anomalie, par conséquent d'établir un diagnostic pendant la gestation.

Le diagnostic sera rétrospectif.

L'examen du délivre seul permet de retrouver les débris de l'amnios formant collerette, entonnoir, autour de l'insertion placentaire du cordon.

L'enfant peut naître aussi avec des amputations, des malformations, et cela pourra mettre alors sur la trace de l'anomalie.

2° Le diagnostic de grossesse extra-ovulaire, au contraire, peut être soupçonné durant la grossesse.

Le symptôme cardinal est l'hydrorrhée.

Brusquement, sans raison apparente le plus souvent, une femme présente un écoulement aqueux bien avant le terme de la grossesse. Ces pertes à odeur vaguement amniotique sont toujours fortement teintées de sang ; elles se renouvellent tous les jours, sont parfois très abondantes. Si l'écoulement d'eaux est mélangé à du sang, c'est qu'ordinairement l'hydrorrhée amniotique et l'endométrite déciduale sont concomitantes.

Cet état de choses se prolongeant, on sera amené à admettre l'hypothèse d'une grossesse extra-membraneuse.

Nous ne ferons pas ici le diagnostic différentiel de l'hydrorrhée amniotique et de l'hydrorrhée déciduale : il il se trouve dans tous les traités d'obstétrique.

Remarquons seulement que souvent dans l'hydrorrhée amniotique la femme n'éprouve aucune pesanteur, car le liquide s'écoule après rupture des membranes à mesure qu'il s'est formé. Au contraire, dans l'hydrorrhée déciduale, le liquide provenant de l'inflammation de la caduque s'accumule entre les membranes et la caduque, ou entre les feuillets décollés de la caduque, d'où tension douloureuse.

Dans certains cas cependant (Fabre, Semon, Guérin-Valmale), il existe quelques troubles, quelques malaises, les femmes souffrent violemment des reins.

Il faut noter encore que, dans les faits qui nous occupent, l'écoulement est journalier alors que le suintement se supprime pendant des semaines, parfois définitivement, dans l'hydrorrhée déciduale.

Il peut arriver, comme dans le cas relaté par Garipuy et Berny, que les hémorragies deviennent le symptôme dominant au cours de la grossesse ; et ces métrorragies,

masquant l'hydrorrhée amniotique, sont bien faites pour égarer le diagnostic.

En résumé : l'abondance, la fréquence, la couleur plus ou moins hématique des pertes, en même temps que leur odeur, plaident en faveur de l'existence d'une grossesse extra-membraneuse.

Dans ce seul cas, en effet, les produits d'élimination fœtale s'ajoutent à ceux de la muqueuse utérine, incapable à elle seule d'atteindre une telle abondance.

La petite manœuvre indiquée par Bonnaire pour faire écouler le liquide amniotique dans la main en pratiquant le toucher, permettra la recherche de l'enduit sébacé (par l'acide osmique) et des autres éléments caractéristiques du liquide amniotique (par le microscope), ce qui autorisera à affirmer l'hydrorrhée amniotique.

Au palper, on pourra trouver (cas de Dubrisay) l'utérus plus bas qu'il ne devrait l'être normalement au terme actuel de la grossesse; on pourra constater des variations de volume de l'utérus (cas de Semon) ou une augmentation de la consistance de l'utérus pouvant aller jusqu'à la dureté complète.

Par suite du contact intime de l'utérus avec les parties fœtales, le palper est particulièrement difficile et peut faire causer une erreur de diagnostic; ainsi on a pu croire à l'existence d'un utérus bicorne ou à une tumeur appendue à l'utérus.

Le toucher permettrait d'affirmer la grossesse extra-membraneuse si l'on arrivait directement sur une partie fœtale sans interposition de membranes, comme dans le cas de Dubrisay.

Durant le travail, à noter l'absence de poche des eaux et d'écoulement de liquide amniotique.

Après la délivrance, l'examen de l'arrière-faix donnera

plus de certitude, car les signes positifs sont nets : le placenta est toujours marginé. La caduque est très épaissie.

Les membranes forment une petite poche à la base du cordon ; leur orifice est petit et à ce niveau elles adhèrent intimement l'une à l'autre, grâce à un processus de réparation, preuve évidente que la déchirure est de longtemps antérieure à l'accouchement.

En un mot, les antécédents de la malade, les commémoratifs, le début, la marche, la quantité, la fréquence, l'analyse de l'écoulement, permettront un diagnostic probable.

CHAPITRE V

PRONOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

§ 1. — **Pour la mère**

a) La grossesse extra-amniotique n'a aucune conséquence spéciale pour la mère.

b) Dans la grossesse extra-ovulaire le pronostic est également favorable. L'écoulement subcontinu du liquide, d'une part, le traitement antiseptique, de l'autre, empêchent l'infection ascendante de la cavité ovulaire ouverte.

Aussi n'a-t-on pas signalé de cas de fièvre significative ni dans le cours de la grossesse, ni durant les suites de couches.

L'influence des hémorragies est quelquefois plus sérieuse, elles peuvent être assez fortes pour anémier considérablement la femme.

Le travail, par suite de l'absence de poche des eaux, sera long et pénible. Le col sera mal dilaté et exposé aux déchirures.

Mais, en somme, si les règles de l'asepsie sont bien observées, cette anomalie sera sans influence directe sur la mère.

§ 2. — **Pour l'enfant**

Pour l'enfant, au contraire, les conséquences de la grossesse extra-membraneuse sont mauvaises.

a) Dans la grossesse extra-amniotique le fœtus est exposé aux amputations congénitales, aux malformations, aux brides cicatricielles, produites par les adhérences amniotiques, et souvent incompatibles avec la vie.

b) Dans la grossesse extra-ovulaire avec rupture prématurée de l'amnios et du chorion le pronostic est encore plus sombre.

Nous avons vu que le quatrième mois semble particulièrement prédisposer à la rupture des membranes. Les plus grandes précautions et un traitement calmant ne parviennent qu'à grand'peine à retarder un avortement qui est imminent, et souvent le terme de la grossesse est très loin d'être atteint au moment de l'expulsion du fœtus. Dans la moitié des cas environ, les enfants ne sont pas viables.

Si le fœtus ne semble pas trop souffrir dans son aire choriale réduite, il n'en reste pas moins soumis aux compressions directes de l'organe gestateur et il pourra

présenter des malformations, des luxations ou au contraire des rigidités articulaires.

Pendant l'accouchement les contractions utérines violentes agissent directement sur le fœtus qui est ainsi exposé à de nouvelles souffrances.

Si les enfants sont viables et nés vivants, l'accouchement prématuré étant la règle, il faudra des soins tout spéciaux pour ces petits débiles, et bien peu, malgré tout, survivront.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Tant par le fait de l'endométrite déciduale soupçonnée que par le fait possible de la rupture prématurée des membranes, la femme présentant les symptômes que nous avons décrits sera considérée comme une malade et traitée comme telle.

Le but est de retarder le plus possible le début du travail, afin de prolonger la vie intra-utérine du fœtus, et de lui permettre de naître viable.

La femme présentant l'hydrorrhée amniotique sera soumise au traitement habituel des menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Tout d'abord la malade sera mise au repos au lit le plus absolu. On s'abstiendra de la palper, de la toucher. Chaque jour on pratiquera une injection antiseptique à très faible pression pour éviter l'infection ascendante à cause des membranes rompues.

Si quelques douleurs surviennent, si l'utérus menace d'entrer en contraction, on tâchera d'enrayer le travail en administrant un ou deux petits lavements laudanisés précédés d'un lavement évacuateur. Les femmes enceintes offrent une tolérance remarquable à l'égard des opiacés, on fera bien cependant de surveiller l'emploi du laudanum et de rechercher la susceptibilité de chaque femme. Chaque lavement laudanisé pourra contenir jusqu'à XXV gouttes de laudanum, et pourra être renouvelé plusieurs fois par jour. S'il est nécessaire d'agir vite, on pourra avoir recours à une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorydrate de morphine dont l'action est plus rapide.

Pendant les jours qui suivent l'administration des opiacés, veiller à la régularité des selles, afin d'éviter de ramener, par congestion du petit bassin, des menaces d'avortement.

La préparation de viburnum prunifolium avec une quantité égale d'hydrastis canadensis a donné aussi des résultats encourageants : XXX gouttes deux fois par jour.

On entourera l'enfant à sa naissance de tous les soins que réclament les petits prématurés : couveuse, frictions à l'alcool, allaitement bien surveillé, gavage, etc., et l'on aura ainsi, parfois, la satisfaction de conserver une existence singulièrement menacée.

CONCLUSIONS

I. — Le fœtus peut au cours de la grossesse s'échapper des membranes qui l'entourent et se mettre en rapport soit avec le chorion : grossesse extra-amniotique ; soit avec l'utérus : grossesse extra-ovulaire.

II. — Dans très peu de cas on peut trouver un traumatisme comme cause de cette anomalie, dont l'étiologie peut être cherchée dans une anomalie de développement des membranes. Comme conséquence de la rétraction des membranes après leur rupture, le placenta est toujours marginé, les villosités choriales étant obligées de lutter par leur développement excentrique contre la réduction de l'aire choriale.

On ne peut pas, par l'étendue du bord libre, apprécier la durée de la vie extra-membraneuse du fœtus. La cavité amniale est toujours trop petite pour contenir le fœtus ; mais en général le placenta est à peu près normal et il correspond bien à l'âge de la grossesse.

III. — Le symptôme cardinal est l'hydrorrhée qui peut commencer quelques jours après le traumatisme qui

doit avoir amené la rupture des membranes ; elle débute subitement et peut être intermittente.

L'hémorragie est un symptôme constant.

Par suite de la rupture des membranes, la circonférence de l'abdomen ne correspond pas nettement au temps de la grossesse ; et, dans les cas d'hydrorrhée intermittente, cette circonférence change un peu.

Les bruits du cœur du fœtus sont extraordinairement distincts, les mouvements fœtaux plus faibles, et on ne sent pas les parties fœtales aussi nettement qu'à l'ordinaire. Dans quelques cas on sent par le palper une division de l'utérus en deux, d'une manière si précise qu'on peut croire à une tumeur extra-utérine.

IV. — L'accouchement, ordinairement mode des fesses, survient pour la plupart des cas dans le sixième et le septième mois, est assez facile, mais le pronostic est mauvais pour l'enfant. Les deux sexes sont représentés avec la même fréquence.

Les fœtus sont quelquefois nés avec des difformités qui sont dues à la compression dans la cavité utérine ; mais ils sont ordinairement développés suivant l'âge supposé.

Le pronostic est très bon pour la mère.

BIBLIOGRAPHIE

Alfieri (E.). — Contributo alla conoscenza dello sviluppo extra-coriale del feto (Pavia, Tip. Leg. Cooperativa, 1904).

Bar (P.). — Sur quelques conséquences de la rupture des membranes pendant la grossesse (Séance du 6 avril 1898, p. 99.)

— Note sur la cicatrisation des déchirures des membranes ovulaires (Bull. de la Soc. d'obst. Paris, février 1899).

— Fœtus extra-membraneux. Placenta marginé (Bull. de la Soc. d'obst. Paris, 6 avril 1898).

Berteaux et Burnier. — 1 cas de grossesse extra-membraneuse (Presse médicale, février 1908).

Bonnaire et Maury. — Présentation de fœtus extra-membraneux (Soc. d'Obst. Paris, 4 novembre 1900).

Braun.—Zeitschrift der Ges. zu Wien, 1854. Für prakt Heilsk, n° 9.

Buc.—Des endométrites gravidiques (Arch. tocol. et gyn., t. XXIII, 1896).

Clément (P.). — Grossesse extra-membraneuse (Soc. d'obst. Paris, 1906, p. 181).

Commandeur. — L'obstétrique, 1908 et Ann. Gyn., 1908.

Delore. — Thrombose et placenta marginé (Lyon médical, n° 17, 1897).

Dareste. — Production artificielle des monstruosités, 1891.

Devraigne. — L'obstétrique, 1904.

Dubrisay. — Un cas de grossesse extra-membraneuse (Bull. Soc. d'obst. Paris, février 1899, mars 1901.

Fabre et Bourret. — Bull. de Soc. d'obst. Lyon, avril 1910.

Funck. — Du placenta marginé (Thèse Nancy, 1909-1910).
Garipuy et Berny. — Ann. Gyn., 1909.
Glaize (E.). — Thèse de Paris, 1898-1899.
Guérin-Valmale. — Soc. d'obst. de Paris. Réunion obstétricale de Montpellier, 14 juin 1911.
Huchet. — Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1906, n° 659.
Hamard. — Thèse de Paris, 1892.
Kölliker. — Embryologie de l'homme et des animaux supérieurs (Traduction de Schneider, 1882).
Lequeux. — L'Obstétrique, 1909.
Maroger. — Thèse de Paris, 1903.
Macé et Moncany. — Bull. Soc. d'obst. Paris, janvier 1905.
Maygrier. — Bull. Soc. d'obst. Paris, janvier 1899.
Meyer. — Ruëgg Zeits. f. Geburtsch. a. Gynäkol., 1904.
Nolle. — Ann. de généc. et d'obst., avril 1910.
Semon. — Hydrorrhée amniotique. Grossesse extra-membraneuse (Arch. f. Gyn., 1907. — Ann. gyn., 1907).
Tarnier-Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements, 1888.
Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.
Tarnier. — Rupture des membranes pendant la grossesse, fœtus extra-membraneux (Bull. Soc. d'obst. Paris, janvier 1899).
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1904..
Varnier. — Obstétrique journalière, 1900.
Wiemer. — Ann. de gynécologie, 1907, p. 503.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE